Przewodnik Pielęgniarski

Dodatek do Nowin Psychjatrycznych,

poświęcony pielęgniarstwu psychjatrycznemu dla użytku personału szpitali psychjatrycznych.

Rok II. Dziekanka 1930. Kwartał III-IV

Założyciel i redaktor Al. PIOTROWSKI.

Administracja: Zakład Psychjatryczny Gniezno — Dziekanka

Cena abonamentu 4.— zł. rocznie, 2.— zł półrocznie, 1.— zł kwartalnie.

Poza abonamentem 1.50 zł za egzemplarz.

Treść zeszytu 1930, III-IV.



Uczestnicy w państw. kursie z pielęgniarstwa psychjatrycznego w Dziekance 1930.

Państwowe kursy z pielęgniarstwa psychjatrycznego w Dziekance.

Podał Dr. W. GORZKOWSKI - (Dziekanka).

Praca pielęgniarska w zakładzie psychjatrycznym jest ciężka i bardzo odpowiedzialna. Niewykwalifikowany personel pielęgniarski może narazić chorego psychicznie przez niezrozumienie go i nieumiejętność w postępowaniu na kalectwo, lub nawet śmierć. Dlatego też w żadnym może szpitalu nie odczuwa się takiej potrzeby wyszkolonej służby pielęgniarskiej, jak w zakładach psychjatrycznych. Tu bowiem wymaga się od pielęgniarza (ki) nietylko zrozumienia rzeczy i taktu, ale także bardzo szybkiej orjentacji w razie jakichś wybryków chorego. Niejednokrotnie odpowiednie i rozumne obejście się z chorym uspokaja go, gdy przeciwnie nieumiejętne powoduje silne rozdrażnienie i podniecenie, szkodliwe tak dla zdrowia danego chorego jak i jego współtowarzyszów, a często mści się dotkliwie na pielęgnującym przez uderzenie, lub nawet okaleczenie, pomijając już szkody materjalne w postaci zbitych szyb, lub połamanych mebli.

Z tego też względu opiekę nad chorymi należy powierzyć tylko pielęgniarzom (kom) wykwalifikowanym, którzy mają już kilka lat pracy zawodowej poza sobą oraz ukończone kursa pielęgniarskie. Personel młodszy (t. zw. posługujący), który nie ma jeszcze 3 lat służby i ukończonych kursów, powinien pełnić służbę mniej odpowiedzialną, dbając o czystość i porządek na oddziale. Stopniowo należy i ich przygotowywać do opieki nad chorymi, polecając czuwać narazie nad chorymi spokojnymi, gdzie mamy pewność, że w razie nawet jakiegoś niedopatrzenia nie wyniknie zbyt wielka szkoda dla pacjenta; później powierza się im pacjentów niespokojnych a nawet niebezpiecznych i tak stopniowo, aż do ciężko chorych, ale zawsze pod nadzorem doświadczonego pielęgniarza (ki).

Tak więc przez przeciąg 3 lat odbywa się nauczanie młodych kandydatów na pielęgniarzy. Dopiero po tej próbie i ukończonym kursie z pielęgniarstwa psychjatrycznego kandydat staje się pielęgniarzem (pomocniczym).

Kursy pielęgniarstwa psychjatrycznego w Dziekance, zapoczątkowane w roku 1920, rozwijały się pomyślnie i w roku 1925 zostały zatwierdzone jako kursy państwowe (Min. Spr. Wewn. Gen.

Dyr. Sł. Zdrowia). Kurs trwa trzy lata, wykłady teoretyczne odbywają się codziennie w miesiącach zimowych (od 1. października do 1. kwietnia). Na kursach wykłada się anatomję, fizjologję, hygjenę, oraz psychjatrję. Przy omawianiu budowy i funkcji ciała, zwraca się uwagę na pomoc w nagłych wypadkach, asystę przy zabiegach lekarskich, główne zasady aseptyki i antyseptyki.

W wykładach z hygjeny uwzględnia się ustawy i rozporządzenia dotyczące pielęgniarstwa, zachowanie się personelu pielęgniarskiego wobec chorych, lekarzy i współtowarzyszów pracy, oraz tajemnicę służbową.

W wykładach z psychjatrji główny nacisk kładzie się na sposób zachowania się pielęgniarza (ki) wobec chorych psychicznie różnego typu, aby ich ustrzec od uszkodzeń, demonstruje się, jak zachować się wobec chorych niespokojnych, epileptyków itp. Pozatem kursiści mają sposobność zapoznania się z przepisami służbowymi dla personelu pielęgniarskiego w poznańskich zakładach psychjatrycznych. Oprócz teoretycznych wykładów odbywają się ćwiczenia praktyczne. Co pewien czas kursistom przekazuje się do obserwacji pacjentów; spostrzeżenia swoje i uwagi przedkładają oni prelegentowi na piśmie. W referacie swoim autor musi także podać sposób leczenia i pielęgnowania chorego. Ćwiczenia z anatomji polegają na obecności kursistów na sekcjach zwłok, gdzie kandydaci mają sposobność zapoznać się naocznie z rozmieszczeniem i budową różnych organów wewnętrznych ciała ludzkiego. Zresztą każdy wykład teoretyczny bywa o ile możności przeplatany demonstracjami. Pozatem kandydaci ćwiczą się praktycznie, pełniąc służbę na oddziałach tak we dnie jak i w nocy, oraz asystując przy wszelkich zabiegach lekarskich.

W roku bieżącym brało udział w kursach 30 osób, z tego 18 osób z Dziekanki, 12 z Zakładu Psychjatrycznego w Owińskach. Frekwencja na wykładach była duża (prawie 100%). Pilność słuchaczy (czek) była bardzo duża, to też i wynik egzaminu państwowego był pomyślny. Na 30 egzaminowanych, 14 osób zdało egzamin z wynikiem „bardzo dobrym“, a 16 z „dobrym“.

Egzamin odbył się w dniach 12. i 13. kwietnia 1930 r. W skład komisji egzaminacyjnej wchodzili: delegat rządu, inspektor-lekarz Woj. Poznańsk. Dr. Żmigród z Poznania, jako przewodniczący, oraz Dyrektor Zakładu Psychjatrycznego Dziekanka Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski i Dr. Dr. Wilczyński, Świerczek, Gorzkowski z Dziekanki, jako członkowie.

Egzamin składał się z części teoretycznej i praktycznej. Dwa dni przed egzaminem teoretycznym każdemu z kandydatów przydzielono pacjenta, celem obserwacji i pisemnego opracowania tego przypadku w formie szczegółowego referatu. Dostateczna nota z tej pracy upoważniała do przystąpienia do egzaminu teoretycznego, na który złożyły się pytania z zakresu wykładanych przedmiotów. Egzaminowali wykładowcy, każdy z swego przedmiotu (Dr. Wilczyński z psychjatrji, Dr. Świerczek z hygjeny, Dr. Gorzkowski z anatomji i fizjologji), poczem każdy z kandydatów otrzymał szereg pytań od p. inspektora Dr. Żmigroda i p. dyrektora Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowskiego. Na pochwałę tegorocznych kursistów przytoczę słowa p. inspektora Dr. Żmigroda, który w swem końcowem przemówieniu do egzaminowanych rzekł, że życzy im, aby w praktyce pielęgniarskiej pracowali równie wytrwale, jak to czynili w czasie kursów.

Celem sprawdzenia wiadomości kandydatów odbył się w połowie marca 1930 r. egzamin próbny, przeprowadzony przez komisję, złożoną z lekarzy wykładowców z Dyrektorem Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowskim na czele. Kandydaci wykazali doskonałą orjentację i zrozumienie rzeczy, to też wszyscy uznani zostali za zdolnych do przystąpienia do egzaminu państwowego.

Warunkiem koniecznym dostania się na kurs jest ukończenie szkoły powszechnej, conajmniej 3-chletnia praca praktyczna w jednym z zakładów psychjatrycznych, oraz ukończony 21 rok życia. Opłaty są bardzo niskie, bo za uczęszczanie na kurs nie płaci się nic, opłaca się tylko taksę za egzamin w sumie 24.— zł. Kandydaci, którzy ukończyli kurs i złożyli z pomyślnym wynikiem egzamin, dopłacają jeszcze 3,30 zł. na ostemplowanie dyplomu.

Przy przyjęciu na kurs należy przedłożyć:

1) metrykę urodzenia,
2) świadectwo szkolne,
3) świadectwo moralności,
4) świadectwo zdrowia,
5) własnoręcznie pisany życiorys,
6) opinję przełożonych o nienagannym prowadzeniu się petenta,
7) ostemplowane podanie (znaczków stemplowych za 6,50 zł).

Tak więc każdy pielęgniarz posługujący, używany do podrzędnych prac, może zostać pielęgniarzem dyplomowanym, który rozumie, jakie jest jego zadanie, co ma robić, aby niekiedy nawet nieświadomie nie szkodzić choremu. Efektem materjalnym złożo-

nego egzaminu jest podwyżka poborów, szybszy awans, oraz pół dnia w tygodniu wolnego więcej (starsi, wykwalifikowani pielęgniarze otrzymują w Dziekance o pół dnia w tygodniu urlopu więcej od młodszych t. zw. posługujących).

Oparzenie.

Napisał Dr. E. Dejter (Dziekanka).

Oparzenie skóry powstaje pod wpływem rozżarzonych ciał stałych, gorących płynów, prądu elektrycznego, długotrwałego działania słońca, przy wybuchu gazów. Rozróżniamy trzy stopnie oparzenia. O oparzeniu pierwszego stopnia mówimy, gdy mamy zaczerwienienie skóry, obrzęk, podniesienie ciepłoty miejscowej, ból i pieczenie. Po kilku dniach objawy giną, naskórek się złuszcza i powoli się odradza, pozostaje tylko na pewien czas żółtawe zabarwienie skóry. Drugi stopień oparzenia mamy wtedy, gdy wkrótce po oparzeniu lub po kilku godzinach tworzą się różnej wielkości pęcherze, wypełnione płynem cytrynowej barwy. Po usunięciu pęcherza uwidocznia się wilgotna, czerwona powierzchnia. Bóle w tym wypadku są bardzo silne, gojenie trwa 2—3 tygodnie. Po odnowieniu się naskórka widzimy w miejscu pęcherzy plamy żółtawe lub żółtawo-brunatnawe. W trzecim stopniu oparzenia zniszczeniu ulegają i głębsze warstwy. Powierzchnia oparzenia pozbawiona jest zupełnie naskórka, ma wygląd białawy, na dotyk jest gładka, twardawa, sucha i prawie niebolesna. Przy spaleniu powstają brunatne i czarne strupy, suche, pokurczone, na dotyk niebolesne. Gdy strup po pewnym czasie odpadnie, powierzchnia rany jest owrzodziała. Gojenie odbywa się powoli, powstają duże blizny, przykurczenia. Gdy oparzenia są dość rozległe, powstaje gorączka, wymioty, biegunka, bredzenie i w końcu śmierć. Każde oparzenie, jeśli zajmie $^1/_3$ część powierzchni ciała, jest groźne dla życia. Im zniszczenie jest głębsze, tem jest groźniejsze dla życia.

W życiu codziennem przypadki poparzenia i popalenia zdarzają się bardzo często. Prawie codziennie czytamy w gazetach o takich nieszczęśliwych wypadkach. Więcej, niż ludzie umysłowo zdrowi, narażeni są na to niebezpieczeństwo umysłowo chorzy.

Do obowiązków pielęgniarzy zakładów psychjatrycznych należy więc pilne baczenie, aby nieszczęściu takiemu zapobiec. Na co należy zwracać uwagę?

1) Nie wolno chorym nosić przy sobie zapałek. Wiemy bowiem, że wśród chorych znajduje się wielu do życia zniechęconych, którzyby chcieli popełnić samobójstwo przez podpalenie swej odzieży lub pościeli. Często też wynikają sprzeczki między pacjentami, więc mogłoby się zdarzyć, że jeden z chęci zemsty, chciałby drugiemu podpalić rzeczy, lub z nienawiści do Zakładu, w którym muszą pozostawać, wzniecaliby pożar w obrębie pawilonów. Szczególnie skłonni do takich czynów są niedorozwinięci umysłowo i epileptycy.
2) Nie wolno niedopałków od papierosów wyrzucać na podłogę, lub do koszów z papierami. Chorzy powinni być przyzwyczajani do wyrzucania niedopałków do popielniczek.
3) Nie wolno chorym przechowywać u siebie materjałów łatwopalnych jak benzynę, alkohol, naftę.
4) Pielęgniarz, przy czyszczeniu ubrań benzyną lub pielęgniarka przy smarowaniu pacjentkom głowy naftą (wszy) lub przy robieniu okładów alkoholowych powinny zważać, by w pobliżu nie było płomienia.
5) W kuchni i pralni nie powinno się nigdy stawiać na podłogę kotłów z gorącą wodą. Epileptycy wogóle nie powinni być zatrudniani w kuchni i pralni.
6) Po przeniesieniu posiłków na oddziały nie należy stawiać naczyń z gorącem mlekiem lub zupą na krawędzi stołu.
7) Przy przygotowaniu kąpieli dla chorych należy zmierzyć temperaturę wody termometrem specjalnym, lub ręką zanurzoną aż po łokieć. Są bowiem chorzy, którzy mają zniesione czucie ciepłoty, jak to się zdarza u chorych na wiąd rdzenia i wielu innych. Należy zawsze zabezpieczyć kurki dopływowe, aby chory w kąpieli nie odkręcił kurka do wrzącej wody i nie poparzył się. Nie wolno do kąpieli dolewać gorącej wody w czasie, gdy chory znajduje się w wannie.
8) Latem należy zważać, by u chorych wystawionych na długotrwałe działanie promieni słonecznych przy pracy w polu nie nastąpiło poparzenie I lub II stopnia. Należy więc okryć głowę, kark i ramiona. Po stopniowem opa-

leniu się mogą przebywać dłuższy czas na słońcu z odsłoniętym karkiem i ramionami.

Jakiej pierwszej pomocy może pielęgniarz udzielić w wypadku nagłego poparzenia i popalenia się?

Jeżeli widzimy człowieka objętego płomieniami, należy okryć go kocami, ubraniami, tarzać go po ziemi, dopiero po uduszeniu płomienia zlać obficie zimną wodą, by tląca się odzież nie wpalała się w ciało. Przy oparzeniu gorącymi płynami lub parą wodną również należy ubranie i ciało zlać wodą. Następnie przenosi się oparzonego ostrożnie do ciepłego pokoju i kładzie się go na podłogę, okrytą dywanem lub kocem, lub na stół, ponieważ łóżko jest niedogodne ze względu na trudny dostęp do ran.

Następną czynnością winno być posłanie po lekarza. Zanim pomoc lekarska przybędzie, należy podać pacjentowi sporą ilość ciepłej kawy lub herbaty. Poparzone części ostrożnie odsłonić z ubrania, ale nie starać się utrzymać ubrania w całości, lecz rozciąć nożycami lub ostrym nożem w ten sposób, aby części same opadły. Przylepionych części materjału nie należy siłą odrywać, lecz odciąć w około i silnie przylepioną część pozostawić do przybycia lekarza. W razie nieobecności lekarza (co się w szpitalu nie zdarza) wolno pielęgniarzowi założyć bandaż „Bardella". Jest to bandaż z gazy, przepojonej proszkiem bizmutowym, który może być na sucho owinięty na części oparzonej. Bandaż ten ma tę zaletę, że nie musi być zmieniany i często rana goi się pod nim bezboleśnie. Celem uśmierzenia bólu może pielęgniarz w oparzeniu I i II stopnia zrobić okłady z letniej wody, albo nakryć ranę czystym płatkiem lnianym, lub czystą gazą sterylizowaną, posmarowaną maścią borową, lub przepojoną płynem z równych części wody wapiennej i oleju lnianego. Pęcherzy przekłuwać nie wolno, tylko pęcherze bardzo napięte można przekłuć kilkakrotnie u podstawy igłą, wyjałowioną przez opalenie w płomieniu. Przy każdym zabiegu należy dbać o jaknajwiększą czystość, aby do otwartych ran nie wprowadzić bakterji chorobotwórczych. Dlatego przy oparzeniu trzeciego stopnia lepiej zaczekać z opatrunkiem na lekarza, a nie zakładać materjału niesterylizowanego na ranę, gdyż w tym wypadku jest wielkie niebezpieczeństwo wywołania zakażenia ogólnego, a szczególnie chorobami przyrannemi, jak róża, tężec itp.

Pielęgnowanie chorych skłonnych do okaleczenia się.

Podał J. MEDEM (Dziekanka).

Często zdarza się, że chorzy mają skłonność do zanieczyszczania się, smarowania ścian i bawienia się wypróżnieniami. Jednak przy starannem czuwaniu nad podobnymi chorymi, można powyższym objawom skutecznie zapobiec.

Tak samo pilne czuwanie personelu pielęgniarskiego jest w stanie zapobiec samouszkodzeniom, polegającym na zadawaniu sobie ran paznokciami lub narzędziami ostremi. Do tego rodzaju nadużyć należy zatykanie sobie uszu, nosa, ust, cewki moczowej, odbytu itp różnymi przedmiotami, wreszcie połykanie różnego rodzaju odpadków i przedmiotów, często ostrych (igły, odłamki żelaza, szpagat, słoma, włosy itp.). W danym razie obok czuwania personelu nad chorymi koniecznem jest usuwanie z otoczenia chorych rzeczy, mogących służyć do samouszkodzenia się.

Obok wyżej wymienionych chorych, skłaniających się do zanieczyszczeń i samoobrażeń, przebywający w zakładach ogół psychicznie chorych skłonny jest do niechlujstwa, nieporządku, zaniedbania się, wobec czego obowiązkiem pielęgniarza jest stałe dbanie o czystość skóry, włosów, zębów itd. Pozatem należy starać się także o czystość i całość ubrania, obuwia i pościeli chorego oraz o porządek i dobry wygląd sal, w których chorzy przebywają.

Streszczenia.

TRAUSCH: „Zawód pielęgniarski i nauka pielęgniarska“ („Pflegeberuf, Pflegeunterricht“, Die Irrenpflege 1930, 4).

Autor, pielęgniarz z zawodu, nawiązując do artykułu w „Irrenpflege“ z Nr. 7, dorzuca swoje własne uwagi. Przyznaje on, że często nie tylko idealne pobudki prowadzą kandydatów do zawodu pielęgniarskiego, ale często też i materjalne. Jednak u większości kandydatów znajdują się te zalety, których się od personelu pielęgniarskiego wymaga, tembardziej, że pozycja socjalna i materjalna personelu nie jest znowu tak świetna, aby ktoś wbrew własnemu przekonaniu uchwycił się tego zawodu. Zalety, które potrzebne są w zawodzie pielęgniarskim, wnoszą kandy-

daci zwykle dopiero w zawiązku, co się tłumaczy niekorzystnymi zwykle warunkami socjalnymi warstw, z których się kandydaci rekrutują (ciężka walka o byt). Wyszkolenie ma na celu te zacząlkowe zalety rozwinąć w pełni. Co do nauki, to zapatrywanie, które się nieraz słyszy „dawniej się bez tej nauki obchodzono, to i dziś się obejdzie", jest przesądem. Wyszkolenie zawodowe pielęgniarskie należy ujednostajnić, wybrać z wielu istniejących metod najlepszą, do czego może się przyczynić wymiana zdań w czasopismach fachowych. Uwzględniać w kursach pielęgniarskich można i wykształcenie ogólne pozazawodowe, gdyż materjał nowoprzyjęty wykazuje często w tym zakresie duże braki. Ewentualnie można urządzić egzaminy wstępne przy przyjmowaniu, t. z. „egzaminy inteligencji". Wadą jest zbyt późne rozpoczęcie nauki pielęgniarstwa. Obowiązkiem każdego pielęgniarza jest starać się o poważanie zakładu w społeczeństwie, zwłaszcza usuwanie przesądów wśród znajomych odnośnie do zakładu i chorób psychicznych. A przesądów tych niestety jest jeszcze cała moc. Pielęgniarz musi pamiętać, że umiejętność odpowiedniego obchodzenia się z chorymi nie stanowi jeszcze wszystkiego, albowiem dążeniem jego powinno być jeszcze nauczenie się trafnego sądzenia chorych, a więc dążność do ich zrozumienia. I dlatego zawód i naukę pielęgniarstwa powinno się wcześnie zaczynać. Najwyższym celem szkolenia jest nauczanie kandydatów zrozumienia chorych, to jest ważniejsze niż wszystko inne, gdyż nauka jest jednak przedewszystkiem dla dobra chorych. Co do techniki nauczania, to ważnem jest odpowiednio interesujący sposób wykładania, unikanie suchości w wykładaniu, oraz to, by uczniowie podczas nauki nie patrzyli na nauczyciela jak na przełożonego i odwrotnie. Da to możność poszczególnym uczniom być więcej otwartymi gdyby czego nie zrozumieli, lub gdyby chcieli jeszcze jakie stawiać pytania.

Streściła: Dr. A. ZAKRZEWSKA (Dziekanka).

Dr. ENGE: „Ocena pielęgniarza z egzaminem państwowym" (Welche Bewertung gebührt dem staatlich geprüften Krankenpflegepersonal?) Die Irrenpflege 1930, 4.

1) Ocena zawodu znajduje swoją podstawę w wartości etycznej danego zawodu, w jego znaczeniu dla dobra ogółu,
2) w skali uposażeniowej.

Często zdarza się, że między jednem a drugiem panuje rozdźwięk t. j., że z jednej strony istnieje wielki szacunek dla danego zawodu, oraz wielkie wymagania pod względem wyszkolenia i zalet etycznych, a z drugiej strony liche wynagrodzenie za pracę. Ten rozdźwięk istnieje np. w odniesieniu do zawodu lekarskiego. Co do personelu pielęgniarskiego psychjatrycznego, to panuje jednomyślność zapatrywań, że personel ten powinien poświęcić się swej służbie zawodowo. Dawniej każdy zakład sam szkolił swoich pielęgniarzy. Jednak takie praktyczne wyszkolenie ma wady jak 1) niedoskonałość wyszkolenia, 2) brak jednolitości i kontroli. Dla usunięcia tych wad, w niektórych zwłaszcza katolickich krajach, przekazano opiekę nad psychicznie chorymi zakonom. Ale i ten system nie dawał jednolitości wyszkolenia. Pierwsze szkoły pielęgniarstwa z uregulowanym przebiegiem wyszkolenia, egzaminem końcowym, oraz udzielaniem świadectwa, stworzyła Saksonja. Wszystkie zakłady musiały swój personel brać z tej szkoły. Związki zawodowe pielęgniarzy same wysunęły postulat dwuletniego teoretycznego i praktycznego wyszkolenia w ogólnem pielęgniarstwie wraz z końcowym egzaminem państwowym. Po tem ogólnem wykształceniu kandydaci na pielęgniarzy psychjatrycznych musieli jeszcze uczęszczać na specjalne kursa dokształcające z ponownym egzaminem końcowym. Wykonanie tych postulatów okazało się w praktyce trudnem. Dlatego Bawarja i Hessen uznały swe zakłady psychjatryczne jako szkoły pielęgniarstwa, tak że tam wyszkolony personel pielęgniarski uznano za pełnowartościowy. Zakłady te dają po ukończeniu swych kursów dyplom państwowy. Podobnie jest i w innych krajach niemieckich. Obecnie jest już ogólnie uznane, że zawód pielęgniarski wymaga regularnego szkolenia i uznania państwowego. Wyszkolenie i dyplom państwowy pociągają za sobą poszanowanie dla zawodu pielęgniarskiego. To wszysko co wymieniono powyżej, odnosi się i do personelu pielęgniarskiego psychjatrycznego. Brak jest jeszcze ogólnopaństwowej ustawy regulacyjnej, a więc brak jednolitego typu szkolenia personelu psychjatrycznego.

Przejdziemy do oceny pielęgniarzy w zakładach psychjatrycznych pod względem materjalnym (wynagrodzenie) i socjalnym. Wynagrodzenie personelu pielęgniarskiego nie może stać w rażącem przeciwieństwie do wymagań stawianych temu

personelowi. Ważnem jest zwłaszcza, aby wynagrodzenie początkowe było dosyć wysokie, bo od tego zależy ilość i wartość zgłaszających się kandydatów. Również ważne jest także stopniowe podwyższanie wynagrodzenia stosownie do ilości lat wysłużonych, aby każdy mógł dalszy swój rozwój pod względem materjalnym przewidzieć. Jest bowiem jasnem, że ludzie, którzy mają dużo kłopotów o swoją egzystencję, będą w mniejszym stopniu zdolni do należytego pielęgnowania chorych. Poza odpowiedniem uposażeniem, najważniejsze jest przyznanie prawa do emerytury, oraz prawo ubezpieczenia od wypadków w zawodzie. Czas pracy waha się w Niemczech od 48 — 60 godzin tygodniowo. Zasada 8-miogodzinnego dnia pracy, uznana w Niemczech, nie przyniosła w praktyce złych wyników odnośnie i do zakładów psychjatrycznych. Należy pozatem stworzyć personelowi odpowiednie warunki mieszkaniowe (sale rekreacyjne). O ile ogólny związek zawodowy pielęgniarzy jest rzeczą pożyteczną, o tyle należy zawsze pamiętać, aby postulaty takiego związku nie przechodziły miary.

Streściła: Dr. A. ZAKRZEWSKA (Dziekanka).

KLAUS UENZEN: Czy służba pielęgniarza, opiekującego się grupą pacjentów zatrudnionych poza obrębem Zakładu, jest mniej wartościową od służby pielęgniarza na oddziałach? (Ist der Dienst des Kolonnenpflegers unbedeutender als der des Pflegers auf den Abteilungen? Geisteskrankenpflege 1930, Nr. 6).

W szkołach personału pielęgniarskiego spotyka się jeszcze ludzi, którzy sądzą, że praca pielęgniarza opiekującego się pacjentami pracującymi poza obrębem zakładu, jest daleko łatwiejszą, aniżeli praca pielęgniarza na oddziałach. Takie twierdzenie, pozbawione zresztą wszelkiej podstawy, jest zupełnie fałszywe, a głoszą je przeważnie osoby, które jeszcze nigdy nie pielęgnowały pacjentów zatrudnionych poza granicami zakładu.

Taka służba wymaga poczucia odpowiedzialności oraz pełnej świadomości swego obowiązku w takiej samej mierze, co każdy inny rodzaj służby w pielęgnowaniu chorych umysłowo. Dobry pielęgniarz musi umieć wszędzie spełnić swe

obowiązki w równym stopniu dobrze. Pielęgniarz czuwający nad pacjentami poza obrębem zakładu musi przedewszystkiem posiadać pewną samodzielność. Przecież tacy pacjenci podlegają najrozmaitszym rodzajom chorób i w razie jakiegoś nieprzewidzianego wypadku, które tak często w pielęgnowaniu umysłowo chorych się zdarzają, pielęgniarz sam sobie musi dać radę nie licząc na żadną pomoc, musi więc mieć przytomność umysłu.

Pacjenci wykonują rozmaite prace w gospodarstwie rolnem, w ogrodnictwie, we warsztatach i. t. p. Jeżeli ta praca ma być poprawnie i porządnie wykonaną, to umiejętne jej kierowanie wymaga dostatecznej inteligencji. Chorych zatrudnia się dlatego, że praca jest potężnym czynnikiem leczniczym, ale należy pamiętać o tem, że są to ludzie biedni, prześladowani przez rozmaite obłąkańcze urojenia, i żeby ich nauczyć prac, które często poraz pierwszy w życiu wykonują, trzeba mieć dużo cierpliwości. W najczęstszych przypadkach jest ona jednak nagrodzona dobrym wynikiem.

Podczas takiej pracy pacjentów powstają często jakieś sprzeczki, zwłaszcza pomiędzy epileptykami. Na to musi pielęgniarz zwracać specjalną uwagę, gdyż pacjenci, posiadając potrzebne im do pracy narzędzia jak siekiery, szpadle, widły i. t. p., mogą się stać bardzo niebezpiecznymi dla otoczenia. Na oddziałach można ewtl. wypadkom łatwo przeszkodzić, gdyż jest tam więcej pielęgniarzy, a pozatem można głównego winowajcę zatargu przejściowo izolować. Tymczasem poza obrębem zakładu pielęgniarz jest sam, a więc zarówno w jego własnym jak i pacjentów interesie należy wogóle nie dopuścić do jakiegokolwiek zatargu, lub takowy już w zarodku zniszczyć. Pielęgniarz powinien działać rozumnie. Nawet umysłowo zupełnie zdrowi ludzie, podczas gorącej sprzeczki, nie reagują wcale na pojednawcze usiłowania osób postronnych, a u psychicznie chorych sprawa ta przedstawia się bez porównania gorzej.

W wypadku wybuchłej sprzeczki trzeba działać łagodnie a nie za bardzo energicznie, to powoduje przeważnie efekt zupełnie przeciwny. Trzeba rozdzielić przeciwników w przestrzeni, usunąć wszelkie niebezpieczne narzędzia z ich bezpośredniego sąsiedztwa i starać się ich uspokoić w sposób łago-

dny i dobry. Pielęgniarz, postępujący w takich wypadkach zręcznie i taktownie, może wiele złemu zapobiedz.

Pozatem chory może uciec, co łatwo się zdarzyć może, gdyż pacjenci pracując w lesie czy na polu, symulują potrzebę pójścia na stronę, lub przyniesienia czegoś, i uciekają. Pielęgniarz nie może zaraz gonić, gdyż musiałby resztę pacjentów zostawić bez opieki. Takie ucieczki się zdarzają; żeby jednak nie były zbyt częste, powinien pielęgniarz studjować swoich pacjentów, by znać ich nałogi i skłonności. To są wszystkie momenty ważne, które pod wzgl. odpowiedzialności i poczucia obowiązku i wartości w niczem nie ustępują służbie na oddziałach. Jest więc niesłusznem uważać pielęgnowanie pacjentów pracujących poza obrębem zakładu za pracę drugorzędną. Każdy rodzaj służby pielęgniarskiej ma takie same znaczenie oraz taką samą wartość.

Streścił: ROMAN SUŁKOWSKI (Dziekanka).

AL. PIOTROWSKI: Jak winien wyglądać nowoczesny szpital psychjatryczny.

(Nowiny Psychjatryczne Rok 1929, III-IV).

Po przeglądzie historycznym rozwoju szpitalnictwa psychjatrycznego autor podaje kryterja, które się składają na pojęcie nowoczesnego szpitala psychjatrycznego. Opierając się na danych z dziedziny psychoterapji i higjeny psychicznej, Piotrowski sformułował swoje propozycje, podkreślając potrzebę większego różniczkowania chorych, co się da urzeczywistnić tylko wtedy, gdy szpital posiada dostateczną ilość mniejszych ubikacyj. Każdy nowy okres, który sprowadził polepszenie warunków życia zakładowego przez udoskonalenie czy to w budownictwie, czy w urządzeniach wewnętrznych, przyczynił się do podniesienia poziomu kulturalnego chorych i do poprawy ich stanu psychicznego. Owe udoskonalenia stanowiły silną podporę dla lecznictwa i same przez się przedstawiały pośredni środek leczniczy; dalsze polepszenia warunków bytowania w zakładzie psychjatrycznym dadzą jeszcze lepsze rezultaty terapeutyczne. Zamiast wielkich koszarowych budowli z oknami zakratowanemi, otoczonych wysokimi murami, zamiast pawilonów — olbrzymów, zaleca się budować liczniejsze pawilony małe; tym sposobem usunie się ponury i zimny wygląd, jaki

miały dawniejsze budowle, wywołujące wrażenie detencji. Zakład dotychczasowy z natury i z przeznaczenia zamknięty, był, jest i pozostanie niedoskonałym i winien być zastąpiony przez zakład — fermę, więcej otwarty niż zamknięty, mianowicie otwarty dla wszelkiego rodzaju udoskonaleń i dla wszelkich przejawów postępu. Wygląd domów, budowanych nie szablonowo lecz gustownie, nie powinien przypominać w niczem dawniejszego zakładu detencyjnego, a całość wyglądać winna raczej, jak posiadłość prywatna, wzgl. podmiejska kolonja wil. Domy parterowe winny liczebnie przeważać nad pawilonami i gmachami piętrowymi. Hasłem tej kolonji winna być praca na roli i w warsztatach, jako najważniejszy środek leczniczy. Ze względu na okoliczność, że większość naszych chorych pochodzi ze wsi i obeznaną jest z uprawą roli, rola winna stanowić najważniejszy i największy warsztat pracy. Ze względów hygjenicznych nie należy do szpitala psychjatrycznego przyjmować kryminalnych chorych i psychopatycznych nałogowych przestępców, bo tego rodzaju indywidua wymagają innego traktowania, potrzebują ściślejszego obostrzonego dozoru, wywierają ujemny wpływ na otoczenie, wywołują niesmak u innych chorych i odstraszają publiczność. Dla tej kategorji osobników powinny istnieć specjalne schroniska, albo oddziały przy więzieniach. Szpital psychjatryczny zobrazowany w referacie odpowiada wymogom nowoczesnej psychjatrji, hygjeny, psychoterapji, kultury i cywilizacji. Koszta spowodowane budową i urządzeniem takiego szpitala nie będą wydane na marne, jeżeli zorganizujemy szpital na zasadzie samowystarczalności. Da się to łatwiej przeprowadzić w większym szpitalu, niż w mniejszym. Wobec takiego szpitala zniknie nieufność. Społeczeństwo chętniej będzie oddawać chorych w opiekę szpitalną, a chorzy pozbędą się prędzej dolegliwości chorobowych i będą się czuć dobrze. Szpital zaś będzie nietylko lecznicą, ale także szkołą życia i ośrodkiem cywilizacji, wywierającym wpływ dodatni na chorych i ich rodziny, i przyczyni się do podniesienia poziomu kulturalnego i socjalnego w bliższem i dalszem sąsiedztwie.

Streścił Br. MAKOWSKI (Dziekanka).

AL. PIOTROWSKI: Leczenie zakładowe alkoholików.

(Now. Psychj. 1930, I-II).

Autor stawia na głównem miejscu obok abstynencji psychoterapję, za pomocą której doświadczony lekarz, abstynent,

z silną wolą, z dokładną znajomością duszy ludzkiej i kwestji alkoholowej, obeznany wszechstronnie z psychjatrją, może z biegiem czasu metodycznem postępowaniem osiągnąć dobre wyniki terapeutyczne i wychować chorego do nowego życia.

Ważnym czynnikiem wychowawczym jest gimnastyka i zajęcie pożyteczną pracą, dostosowaną do osobowości psychicznej alkoholika, pracą zajmującą, sprawiającą mu przyjemność i przynoszącą zadowolenie, pobudzającą go do samodzielności, podnoszącą jego siły cielesne.

Autor odrzuca hypnozę i prolongowane kąpiele, zachęca do prób z autohemoterapją, podkreśla znaczenie fizjoterapji i jej dodatni wpływ sugestywny na duszę chorego, wyszczególnia zabiegi zastosowalne w psychozach alkoholowych, uważa zakład psychjatryczny za właściwą lecznicę dla tych psychoz, żąda dla alkoholików niepsychotycznych leczenia w specjalnych sanatorjach, a dla alkoholików nieuleczalnych, moralnie zwyrodniałych, internowania w domach roboczych, radzi ich ubezwłasnowolnić ze względów społecznych, a nie z przesłanek lekarskich, w końcu wskazuje na względnie pomyślne wyniki w leczeniu alkoholików niepsychopatów i na gorsze wyniki terapeutyczne u psychopatów. Streścił BR. MAKOWSKI (Dziekanka).

JOH. LAUTERMANN: Pielęgnowanie chorych leczonych malarją (Die Pflege bei Malariabehandlung). „Die Irrenpflege“ 1930 3.

Paraliż postępujący, choroba następcza kiły (sifilisu), doznał w ostatnich latach nowej skutecznej metody leczenia. Opierając się na swoich doświadczeniach wiedeński profesor Wagner v. Jauregg wprowadził w praktykę leczenie paraliżu przez szczepienie malarji, wywołującej gorączkę występującą 8 lub 10 dni po szczepieniu.

Podniesienie temperatury rozpoczyna się częstokroć drżączką oraz objawami ogólnej niedomogi.

Ciepłotę wzrastającą do 40°C i więcej należy mierzyć co pół godziny; należy bacznie badać tętno, gdyż zdrowe serce jest konieczne przy przeprowadzeniu leczenia malarją.

Zaleca się poświęcać baczną uwagę karmieniu chorego.

Po osiągnięciu 10—12 zwyżek ciepłoty należy przerwać malarję. Trzeba nadal temperaturę jednak mierzyć, 3 razy dziennie, przez 10-12 dni, poczem kuracja malarją jest ukończona.

Streścił Dr. med. W. BIBROWICZ (Dziekanka).